

UC San Diego

UC San Diego Previously Published Works

Title

Tensión nerviosa psíquica y social: condiciones de vida y trauma entre jóvenes en Nuevo México

Permalink

<https://escholarship.org/uc/item/4xp4h5fk>

ISBN

978-987-691-298-3

Author

Jenkins, Janis

Publication Date

2015

Peer reviewed

una vida más digna para sí y sus descendientes, se disolvieron y perdieron sentido.

El papel de la antropología en el abordaje de cuestiones relacionadas con la salud ha sido amplio y diversificado, desde ejercicios más aplicados de la profesión –con la actuación práctica junto a servicios de salud, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales– hasta las perspectivas más inclinadas a reflexiones académicas sobre el fenómeno del padecimiento. En cualquier caso, lo que estoy sugiriendo es que la contribución de la antropología al debate sobre el sufrimiento social se daría a través de un conjunto de herramientas teóricas y metodológicas que nos permitan interrogar de una manera comprometida a los sujetos implicados, considerando su historia y situación social, cómo es producido y reconocido el sufrimiento y cuáles son las implicancias éticas y políticas de los diferentes tipos de reconocimiento.

Tensión nerviosa psíquica y social: condiciones de vida y trauma entre jóvenes en Nuevo México*

Janis H. Jenkins

La atención de los académicos al tema de la salud mental y el comportamiento de los adolescentes se ha intensificado como una preocupación global desde el comienzo del siglo (Hoagwood y Olin, 2002; Ospina-Ospina *et al.*, 2011; Saldivia *et al.*, 2012; World Health Organization, 2005). Los datos empíricos obtenidos etnográficamente son muy necesarios para la formulación de enfoques antropológicos para el estudio de la salud mental de los adolescentes (Carpenter-Song, 2009a, 2009b; Floersch *et al.*, 2009). Estos asuntos son de vital importancia para evitar que la cuestión se reduzca a poco más que un caprichoso pánico moral, al arrastre de la medicalización y farmacéuticalización, o a una falsa proyección psicopolítica de los problemas sociales sobre los jóvenes. Mientras que las preocupaciones contemporáneas sobre la salud mental de los adolescentes no son totalmente ajenas a estos factores, los que trabajan en el campo (Carpenter-Song, 2009b; Read, Adii-bokah y Nyame, 2009) saben muy bien que el problema no es reductible a cualquiera de estos factores.

Críticos desinformados han señalado que el problema de la salud mental de los adolescentes está de algún modo restringido a las poblaciones ricas donde, por ejemplo, las drogas que mejoran el rendimiento y la ansiedad sobre los exámenes de acceso a la universidad están en primer plano. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2005: 7) informa una tasa de prevalencia global del 20% de los trastornos mentales para niños y adolescentes en todo el mundo. Dentro de Estados Unidos, el 26,2% de los adultos experimenta un trastorno mental diagnosticable por año, con una tasa global de 6% considerada grave y severa. Dentro de este grupo de adultos, los de entre 18 y 25 años ocupan el lugar más alto, con una tasa

* Una versión anterior de este documento fue presentada en 2011 en la Reunión Bienal de la Sociedad de Antropología Psicológica en Santa Mónica, California. Estoy agradecida al comentario de la ponente Mary-Jo DelVecchio, y a los participantes de la conferencia. Traducción del inglés: Pablo Galván y José Bizerril. Revisión técnica: Alejandro Olivieri y Silvia Citro.

global de 8%. Para los adolescentes y jóvenes de entre 13 y 18 años, la tasa general de la enfermedad mental es de casi el 21%. Un completo programa de investigación antropológica sin duda incluiría los problemas sociales a través de los grupos socioeconómicos, y afirmaciones que parecen negar o minimizar los problemas se evaporan rápidamente cuando se centra la atención en los jóvenes que han tenido un intento de suicidio, o un intercambio violento que resulta en hospitalización psiquiátrica. La atención antropológica es esencial debido a una falla en reconocer la magnitud, la urgencia y el incremento cada vez más común de estos problemas en todo el mundo.

Gran parte de los actuales debates dentro de los sectores profesionales y públicos de la salud mental gira menos en torno a definiciones de perturbación mental que afectan a los jóvenes, y más sobre qué tipo de servicios de salud puede ser demostrado como “basado en la evidencia” y eficaz en función de los costos (Hoagwood *et al.*, 2001; WHO, 2005).¹ Los discursos y las prácticas tienden a concentrarse en cada patología y tratamiento individual, en ausencia de una crítica cultural o de llamados para el cambio social. Éste es claramente un ámbito en el que la antropología tiene mucho para aportar, empezando por el reconocimiento de la variación transcultural e histórica de los mismos conceptos de adolescencia y psicopatología, puesto que el campo de la psicopatología de la adolescencia, las disciplinas de la psiquiatría y psicología de la adolescencia son “creaciones recientes de la biomedicina occidental” (Fábrega y Miller, 1995: 4). Mientras que subrayan las bases “bioculturales” de la adolescencia, Horacio Fábrega y Barbara Miller también apoyan la idea de que la forma contemporánea de esta etapa es un producto de la industrialización capitalista y el desarrollo de los mercados, y que las tensiones y presiones generan “psicopatología adolescente”. Ellos aplican una perspectiva histórica y comparativa a la anorexia nerviosa, los trastornos disociativos y la agresión social entre adolescentes, y argumentan la importancia de las interacciones entre las fuerzas históricas y estructurales, el significado experiencial y los cambios psicobiológicos y biomédicos. En una línea similar, el principal punto que

1. Recientemente, estos debates han llegado a incluir de manera destacada la relación de la salud mental y la violencia armada en Estados Unidos. Hay numerosos casos a los que se puede hacer referencia, pero uno es suficiente: el ahora mundialmente famoso asesinato de Newtown, Connecticut, de veintiséis personas (veinte niños y seis adultos) por Adam Lanza, que según se alega tenía un trastorno del espectro del autismo. Se pide a los genetistas que examinen el ADN del fallecido disparador, en un intento de identificar anomalías que podrían de alguna forma arrojar luz sobre sus acciones. Dado que no hay tales marcadores biológicos que identifiquen claramente el vínculo entre violencia y muestras de sangre, la acción puede equivaler a una investigación equivocada.

deseo argumentar es que la salud mental de los adolescentes² es mejor considerarla a la luz de la conformación recíproca de experiencias subjetivas e instituciones sociales. Si bien ambos niveles de análisis conllevan lo que justificadamente puede aparecer como intangible en abstracto, las formas particulares de su convergencia pueden crear indiscutiblemente las formas tangibles de angustia mental y sufrimiento psíquico como un asunto de la experiencia vivida.³

Basándome en datos de un estudio longitudinal de 47 adolescentes de diversos orígenes étnicos hospitalizados por trastornos psiquiátricos en Nuevo México, examino críticamente la relevancia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) para responder a la cuestión antropológica de cómo definir su “problema”. Los factores incluyen la utilidad o la limitación de las categorías de diagnóstico psiquiátrico, la experiencia vivida de un sufrimiento grave, las condiciones socioeconómicas y políticas de la angustia, y las relaciones recíprocas entre las instituciones sociales inmediatas y remotas. Me referiré a los sistemas de atención de salud mental para adolescentes y presentaré dos casos de estudio de jóvenes hospitalizados, haciendo hincapié en la necesidad de la especificación dual de las condiciones del trauma y la estructura de la experiencia. Comparando esta situación con la de las refugiadas salvadoreñas discutida en otro trabajo, argumento por la implementación de la categoría generalizada de trauma en lugar de la categoría

2. Los antropólogos, y otros científicos sociales, son muy conscientes de la construcción de la categoría “adolescente” como cultural e históricamente inventada (Hall, 1904). Ruth Benedict señaló que, “desde un punto de vista comparativo, en nuestra cultura se va a hacer hincapié en grandes (y extremos) contrastes entre el niño y el adulto” (LeVine y New, 2008: 42).

3. Revisando las actuales ciencias sociales y de la salud, la importancia de la variación cultural parece ser cada vez más reconocida en relación con: 1) conceptualizar “lo normal”, y 2) atender al “contexto”. Sally Powers, Stuart Hayser y Linda Kilner (1989) proporcionan un enfoque psicológico que parece haber tomado en serio la cuestión de la relatividad cultural con respecto al umbral de lo normal y lo anormal. En su artículo sobre la salud mental de los adolescentes, los autores se encargan de invocar una máxima de Anna Freud que dicta que ser normal durante el período de la adolescencia es en sí mismo anormal antes de señalar la necesidad de “estudios antropológicos que investiguen la interacción biológica, psicológica y cultural, de las características de la adolescencia”. El reconocimiento del contexto en la investigación interdisciplinaria aparece menos respecto de las familias y grupo familiar, y más con respecto a los barrios (Aneshel y Sucoff 1996; Hoagwood y Olin, 2002). Sin embargo, aunque sean instructivas, las reseñas de las ciencias sociales y de la salud pueden fallar completamente y parecer distanciadas de las realidades a menudo difíciles de las comunidades, en comparación con las aproximaciones etnográficas al contexto que pueden proporcionar reseñas profundamente elocuentes (Lovell, 1997; Scheper-Hughes, 1992; Goldstein, 2003; Biehl, 2005; Henry, 2006; García, 2010; James, 2010). Este texto se enmarca claramente en la parte etnográfica en su reseña de la salud mental de los adolescentes a la luz de las vidas notablemente turbulentas de las personas con las que hemos trabajado.

psiquiátrica de TEPT, para comprender los patrones de abandono que forman la existencia cruda de los jóvenes en el nivel personal y colectivo, con el fin de aprehender su profundidad y durabilidad.

El objetivo principal del análisis es examinar las características fenomenológicas, sociales y situacionales de los traumas como experiencia vivida en niños y adolescentes.⁴ Mientras que la adaptación después de la guerra es compleja, sabemos mucho menos acerca del proceso de defensa y adaptación de los niños que son repetidamente expuestos a acontecimientos traumáticos en su vida cotidiana. En los casos de trauma en este estudio, hay un patrón de condiciones de abandono y desamparo que hace de los eventos de trauma casi una rutina. Las condiciones ofrecen la ocasión para la violación regular de la dignidad y la integridad de los adolescentes vulnerables. Comprender este problema, desde mi punto de vista, requiere un reconocimiento claro de este patrón histórico-social como un tipo de violencia estructural (Farmer, 2004) que contribuye a la formación recíproca de experiencia subjetiva y relaciones sociales estructurales. Si bien estos niveles de análisis pueden parecer justificadamente intangibles en abstracto, las formas particulares de su convergencia pueden crear indiscutiblemente formas tangibles de angustia mental y sufrimiento psíquico como una cuestión de experiencia vivida.

Además de comprender el problema que llevó a su hospitalización, también estamos tratando de entender la vida de estos jóvenes en los términos que Christine Korsgaard (1996), quien, haciendo uso del modelo narrativo de identidad práctica de Paul Ricoeur, define como “una descripción en virtud de la cual uno mismo se valora, una descripción en que encuentras que tu vida vale la pena vivirla, y las acciones bien vale la pena emprenderlas”. En situaciones de exposición a eventos y condiciones traumáticas repetitivas y sostenidas uno podría esperar que las personas fundamentalmente cuestionen una descripción existencial de la vida que vale la pena ser vivida (Nietzsche, 1967). De hecho, en este estudio 32 de los 47 participantes (68,1%) mostraron evidencia de tendencias suicidas; 16 de los 47 incidentes que llevaron a los jóvenes al hospital, y al estudio “Los jóvenes del suroeste y la experiencia de los tratamientos psiquiátricos” (SWYEPT, por su sigla en inglés), fueron intentos de suicidio. Esto sucede en un estado (Nuevo México) que, en 2010, ocupó el sexto lugar en número de suicidios entre jóvenes entre 15 y 24 años, y el quinto entre todas las edades combinadas

4. Es un lugar común en antropología y otras ciencias sociales entender el término contemporáneo “adolescente” como una determinación histórica y culturalmente fluida del siglo pasado.

(Asociación Americana de Suicidiología <http://www.suicidology.org/stats-and-tools/suicide-statistics>).⁵

Tierra de (des)encantamiento: la mala suerte y el cuidado de la salud mental en Nuevo México, 2005-2011

El amplio territorio geográfico del estado de Nuevo México, descrito a sí mismo como la “tierra de encanto”,⁶ es bien conocido como una mezcla multicultural de hispanos (o latinos), nativos americanos y población angloamericana. Las imágenes de este estado rural, como uno de hermosos y extensos paisajes y con una meca turística cosmopolita en la ciudad de Santa Fe, son menos ampliamente reconocidas por las tasas excepcionalmente altas de pobreza infantil y sometimiento institucional históricamente producido. A partir de 2010 la Oficina del Censo de Estados Unidos reporta que la población de Nuevo México tiene poco más de dos millones de habitantes. Esto representa el 13,2% más que la década anterior. Con una gran cantidad de zonas rurales en todo el estado, el más poblado es el de las áreas metropolitanas de Albuquerque y Las Cruces (los principales sitios del estudio); el carácter rural del estado, en general, es notable en comparación con el resto de la nación (17 versus 87,4 personas por milla⁷ cuadrada). Según los datos del Censo, la población es predominantemente hispana (46,3%), seguida por angloamericanos (40,5%) y nativos americanos (9,4%). Una encuesta nacional, en asociación con la Oficina del Censo, encuentra una tasa de pobreza infantil del 20% y superior a 24 de los 50 estados. Sin embargo, las tasas más altas a nivel nacional son deplorables, con el estado de Nuevo México en 30% y el de Mississippi en 32,5 % (Macartney, 2011: 6).

Las condiciones adversas para la supervivencia son antiguas en esta localidad, aunque se han exacerbado bajo la presión de la gran recesión en Estados Unidos, que ha producido un corte profundo y amplio que ocasionó la pérdida de puestos de trabajo, casas y una limitación radical de los servicios de salud y los recursos educativos. Las vidas de los adolescentes de este estudio están, por lo general, marcadas por inestabilidad en la residencia y por la fragmentación familiar. La mayor parte de ellos está en hogares de bajos ingresos y algunos viven apenas al borde de la supervivencia.

5. Para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, la tasa nacional de suicidio de Estados Unidos en 2010 fue 7,53 por 100.000.

6. Al entrar en el estado, los signos de la carretera y las matrículas de vehículos por igual están estampadas en los vivos tonos amarillo y rojo que simboliza ese granizo que hace a Nuevo México una “tierra de encanto”.

7. Una milla equivale a 1,609344 kilómetros. [N. del T.]

Sus condiciones de vida están teñidas por lo que Paul Farmer (2004) ha denominado *violencia estructural*, que incluye una alta tasa de desempleo, una enorme cantidad de drogas en la calle, la presencia de pandillas, los crímenes violentos, y la escasez social educacional y de servicios de salud. Una mercancía que no escasea es la variedad de drogas callejeras. Albuquerque y Las Cruces son los principales puntos de contrabando de heroína y otras drogas para el sudoeste, el centro-oeste y el noroeste del Pacífico. Como Ángela García (2010) conmovedoramente ha capturado, Nuevo México tiene la desfavorable distinción de la más alta tasa per cápita de las muertes relacionadas con la heroína en el país. En general, las sobredosis relacionadas con drogas en Nuevo México fueron reportadas recientemente como la causa principal de muerte no intencional (New Mexico Department of Health, 2011). De hecho, el consumo de cannabis, alcohol, metanfetamina y cocaína, entre otras sustancias, es común entre los adolescentes.

Desde una perspectiva que abarca todo el estado de Nuevo México, una serie de artículos basados en estudios etnográficos sobre los profesionales en salud mental (Willging, Waitzkin y Lamphere, 2009; Kano, Willging y Rylko-Bauer, 2009; Willging y Semansky, 2010; Watson *et al.*, 2011) examina los efectos pragmáticos, institucionales, comunitarios y políticos de las reformas sobre la atención a la salud (mental) durante el transcurso de nuestra investigación. Éstos incluyen las actitudes hacia terapias basadas en la evidencia⁸ y tratamientos culturalmente competentes entre los proveedores de atención de salud en la “red de seguridad institucional” del Estado, el concepto de “servicios envolventes” provistos por “hogares clínicos” multiinstitucionales y el énfasis institucional en la promoción de la “recuperación” de una enfermedad mental. Sus conclusiones son totalmente acordes con nuestras observaciones e interacción con el personal del hospital psiquiátrico de niños (CPH, por su sigla en inglés).

Bajo la presión de una compañía de gestión de cuidado de la salud, que había recibido el contrato del estado en el año anterior a que comenzara nuestro estudio, el pago por tratamientos residenciales y de día fue aprobado con una frecuencia decreciente, y más camas tenían que ser destinadas a cuidados agudos para que la institución se mantuviera económicamente viable. En el momento de nuestro trabajo, un programa de hospital de día había sido desactivado recientemente, y uno de los pacientes habituales había sido pasado de una atención residencial a una atención aguda. De las seis unidades, cada una con una capacidad de aproximadamente nueve pacientes, una de ellas fue dedicada a las niñas que se encontraban con

8. Las terapias basadas en la evidencia son terapias cognitivo-comportamentales, que combinan métodos destinados a la reestructuración de la cognición y a un cambio de comportamiento. [N. del T.]

problemas legales, otra para el tratamiento residencial de adolescentes, dos fueron principalmente para la atención aguda de adolescentes y otras dos, para atención aguda de niños más pequeños. La limitación radical de los servicios durante el curso de nuestro estudio coincidió con la centralización de todos los servicios, de salud mental o de la conducta, administrados por Value Options, la mayor empresa privada de salud en el país en ese momento. A través de lo que se dijo que fue una licitación competitiva en 2005, el estado de Nuevo México seleccionó a Value Options para supervisar la financiación pública y la prestación de asistencia a la salud en todo el estado. Value Options operó como la única entidad administradora en el estado para la prestación del cuidado de la salud mental y del comportamiento.

El impacto del cuidado administrado que nosotros observamos ha sido profundo. Al comienzo del SWYEPT en 2005, Nuevo México se ha convertido en el primer estado en contratar una compañía de gestión de cuidado de la salud para administrar todos sus pagos de seguro Medicaid.⁹ Esto empezó un período severo de contracción de servicios que se prolongó durante nuestro proyecto. La filosofía predominante de Value Options fue que el tratamiento hospitalario extendido es terapéuticamente ineficaz y económicamente extravagante. Por lo tanto, el pago de ambos tratamientos, residencial y cotidiano, fue aprobado con una frecuencia decreciente, y la estancia media de los pacientes residenciales a largo plazo (RTC) disminuyó de un año a 30-60 días. La permanencia de la estancia de corta duración para casos de sufrimiento agudo disminuyó de diez a cinco días, ni siquiera fue establecida la duración que Hendren y Berlin (1991) denominaron “período de luna de miel”, durante el cual se esperaba establecer la confianza terapéutica básica. Desde el punto de vista de los clínicos del CPH, esto significa que los pacientes son dados de alta en entornos familiares desorganizados que no proporcionan suficientes oportunidades para estabilizar su condición, tampoco para niveles de menor intensidad de atención para los cuales no están preparados. En consecuencia, se percibe un aumento en la frecuencia de los adolescentes dados de alta demasiado pronto y terminan también nuevamente hospitalizados, hecho que crea la sensación de una “puerta giratoria”, de altas y readmisiones, de pacientes que necesitan tratamiento clínico residencial a largo plazo.

Es muy preocupante, a nuestro juicio, el renuente racionamiento de la atención de alta calidad en el CPH, lo cual ha abierto otras puertas a servicios de cuidado considerablemente menos cualificados, debido a la apropiación corporativa de los cuidados residenciales de salud comporta-

9. Medicaid es un sistema nacional de seguro de salud para aquellas personas que requieren ayuda financiera. [N. del T.]

mental en muchos sitios.¹⁰ Un ejemplo es un sitio donde varios de los niños del presente estudio fueron trasladados debido a la escasez de espacio en el CPH: Desert Hills de Nuevo México, parte de Acadia Healthcare, un sistema de tratamiento de salud mental a escala nacional. Con 34 instalaciones y aproximadamente 2.500 camas distribuidas en 20 estados, Acadia fue fundada en 2005 como un proveedor de servicios de internación. El 26 de diciembre de 2012, Acadia Healthcare Inc. anunció opciones para comprar acciones (cotiza en la Bolsa de Valores mundial en NASDAQ¹¹ bajo las siglas ACHC), compra que había comenzado el 1 de noviembre de 2011 después de la realización de su fusión con la Primary Health Care Inc. (PHC), una compañía pública que cotiza en la Bolsa de Valores americana.¹² Si bien para el desarrollo de este tema se necesitaría un espacio mayor al de este texto, el efecto general del cambio en el equilibrio entre la atención de la salud mental pública y privada, sin fines de lucro y con fines de lucro, es un rasgo crítico del trasfondo de la situación en la que hemos trabajado.

Los jóvenes del suroeste y la experiencia de tratamiento psiquiátrico: el estudio SWYEPT

La siguiente discusión se basa en los datos obtenidos de un gran proyecto de investigación interdisciplinaria sobre la salud mental de los adolescentes que fue financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental, "Los jóvenes del suroeste y la experiencia de los tratamientos psiquiátricos"¹³ (SWYEPT).

10. En inglés se diferencia "salud mental" (*mental health*) y salud comportamental (*behavioral health*) como distintos aspectos que pueden ser objeto de intervención psiquiátrica y psicoterapéutica, respectivamente. [N. del T.]

11. National Association of Securities Dealers Automated Quotation (NASDAQ) es la bolsa de valores electrónica y automatizada más grande de Estados Unidos. [N. del T.]

12. Dignos de ser tenidos en cuenta por los trabajadores de campo del equipo SWYEPT fueron los comentarios de los adolescentes que se han alojado en Desert Hills y otras instalaciones. Sin excepción, expresaron su fuerte preferencia por CPH y su personal de "cuidados", que ellos consideran bien capacitado, y el ambiente terapéutico que encontraron (a pesar de sus protestas en relación con las normas y los horarios para irse a dormir) relativamente cómodo y conveniente.

13. Este proyecto de colaboración fue financiado por Instituto Nacional de Salud Mental (proyecto # RO1 MH071781-01, Thomas J. Csordas y Janis H. Jenkins, investigadores principales). La recopilación de datos para el estudio se llevó a cabo en todo el estado de Nuevo México, cuyos sitios principales fueron las áreas metropolitanas de Albuquerque y Las Cruces (2005-2011). El equipo de estudio etnográfico entrevistó y observó a muchos jóvenes de todas partes del estado. El trabajo de campo calificado e intrépido de las estudiantes de doctorado Bridget Haas y Whitney Duncan (que han concluido recientemente el Ph.D.) amplió el alcance de

Aunque nuestro estudio de los adolescentes que habían ingresado para tratamiento psiquiátrico incluye un grupo de comparación de niños no hospitalizados de un distrito escolar público, este texto se basa sólo en el componente clínico del estudio. El principal hospital en el que se encontraron los participantes para la investigación es el Hospital Psiquiátrico de Niños, un gran psiquiátrico infantil con base en la Universidad de Albuquerque.¹⁴ Los niños mencionados aquí son de todo el estado. Con el tiempo, con la reducción de servicios para la atención de la salud, la estancia media de los pacientes ha disminuido de un año a treinta días para pacientes residenciales. Durante el período de cinco años del estudio SWYEPT (2005-2011), vimos que el tiempo disminuyó aún más. Esta restricción de servicios fue una fuente de gran desaliento para los médicos, los pacientes y sus familias de la misma manera.

Si bien el estudio se basó sobre toda el área metropolitana de Albuquerque, por una cuestión de carácter práctico la investigación fue llevada a cabo en todo el estado de Nuevo México a la luz de un alto grado de movilidad residencial entre los jóvenes. La realización de un estudio de personas e instituciones en movimiento no se parece al tradicional enfoque antropológico de "estar allí" en un área o vecindario como el sitio y el lugar de la cultura (Gupta y Ferguson, 1997). Mientras que el transcurso de los seis años de estudio nos hizo vivir y permanecer en algunos lugares durante períodos de meses, más a menudo los trabajadores de campo (etnógrafos) nos aventuramos desde una base de operaciones para hacer el trabajo de una manera que tuvo la calidad de ser como un "viajante"¹⁵ debido a las grandes distancias recorridas para llegar a cualquier sitio al que los adolescentes se fueran después de su alta del hospital psiquiátrico.

A pesar de que inicialmente encontramos a los jóvenes en una internación psiquiátrica, la mayoría de la etnografía y el trabajo de diagnóstico psiquiátrico se llevaron a cabo en el hogar. Las entrevistas y las observaciones antropológicas fueron completadas por padres, hermanos y personal

esta intrincada y emocionalmente extenuante investigación. El psiquiatra infantil Michael Stork y la psicóloga clínica María Bancroft han hecho un trabajo magistral de investigación en sus arduas entrevistas de diagnóstico. La organización y el análisis de los datos fueron posibles por la ayuda de Heather Hallman y Allen Tran. Además, reconocemos la asistencia en la investigación de Eliza Dimas, Jessica Hsueh, Nofit Itzhak, Tara Maguire, Jessica Novak, Celeste Padilla, Marisa Peeters, Leah Retherford y Amy Rothschild.

14. Para una reseña de la hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes y temas relacionados con la diversidad cultural en este escenario en la década de 1980, véase Hendren y Berlín (1991).

15. *Road warrior* en el original, expresión idiomática que refiere a una persona que viaja, a menudo, como parte de su trabajo, y hace su trabajo al mismo tiempo. [N. del T.]

clínico. También hemos recogido observaciones etnográficas de barrios y comunidades. El objetivo era visitar a los adolescentes y a sus padres y realizar entrevistas a diversos intervalos durante un periodo de uno a dos años.¹⁶ Tanto en el sentido literal como el figurado, atravesamos grandes distancias para encontrar gente, a veces cruzando las fronteras entre estados (por ejemplo, para una nueva hospitalización, lugar de tratamiento o cambio de residencia), pero perdimos el rastro de algunos que se movieron demasiado lejos para que nosotros realizáramos logísticamente el seguimiento. El tiempo durante el cual pudimos visitar hogares y servicios residenciales, para realizar las entrevistas y observaciones, promedió los trece meses, aunque el rango es de entre tres meses y dos años. El equipo de investigación se reunió con el adolescente y su familia (por separado, usualmente) en el hogar, aunque en algunos casos nos hemos reunido en cafeterías o en el domicilio de otros familiares donde ellos no residían. Las casas generalmente eran de mala calidad, o viviendas para personas de bajos ingresos, con pocas comodidades y espacio reducido (apartamentos, remolques pequeños y a menudo hogares abarrotados). Era usual un flujo constante de personas que iban y venían, con relaciones interpersonales que no pocas veces eran tensas. Los residentes a menudo no consideraban sus barrios como espacios en los que pudieran caminar libremente, o de manera segura, lo que en algunos casos puede explicar la sensación de aglomeración o encierro. Los tipos de problemas de salud mental con los cuales la gente en el estudio lidiaba de ninguna manera fueron menores de lo que se podría esperar para una población de niños y adolescentes. Los problemas superaban con mucho el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la depresión o cualquier otro tipo de problema. Ello suscita la pregunta: ¿cuál fue el problema?

La cuestión antropológica más importante trata cómo definir el "problema" por el cual los adolescentes fueron hospitalizados. En un sentido general, el trabajo de campo fue coloreado por las palpables angustias personales y las particularidades culturales que parecían implicadas en su creación: 1) la utilidad y la limitación de las categorías de diagnóstico psiquiátrico; 2) la experiencia vivida de sufrimiento grave cuando es valorada en el detalle fenomenológico, existencial y dinámico; 3) un complejo

16. No todos los adolescentes y los padres fueron entrevistados más allá de un conjunto inicial de visitas. Algunos fueron perdidos en el seguimiento debido a su desplazamiento geográfico fuera del estado, razón por la cual no pudimos localizarlos o no tuvimos la capacidad logística para hacerlo. No obstante, hicimos repetidas visitas con viajes a Texas, Colorado y California. Para Nuevo México, nuestro equipo de investigación recorrió todo el estado para buscar y llevar a cabo entrevistas etnográficas en el caso (no infrecuente) de desplazamientos que se produjeron después de nuestro primer contacto.

de condiciones sociales, económicas y políticas que influyen profunda y duraderamente la angustia mental, y 4) el problema de cómo formular un marco teórico que tenga en cuenta las relaciones recíprocas entre las instituciones sociales de manera inmediata (hogares de parentesco, casas de acogida, hospitales, escuelas, barrios) y las de mayor alcance (recesión económica, políticas de salud estatales y federales, sistema judicial, discriminación étnica, y tráfico de drogas transfronterizo). Este torbellino de fuerzas sería lo suficientemente vertiginoso en su propio y complejo derecho si no fuera por la "constante inestabilidad" de cada uno de estos factores en el juego cibernético. La principal característica de este sistema de variables es el casi constante estado de flujo circulatorio en el que cada cual reside. La inestabilidad en la prestación de la asistencia de salud, la vivienda, el empleo y los actores sociales en los diversos escenarios de acción debe ser tomada en consideración en la configuración de las arenas movedizas de la subjetividad y el mundo social.

El proyecto del SWYEPT incluye a cuarenta y siete jóvenes, veinticinco chicos y veintidós chicas entre los trece y los diecisiete años. Los participantes fueron distribuidos equitativamente, aproximadamente, entre hispanos y angloamericanos, con un grupo de nativos americanos más reducido y una serie de otras combinaciones de la etnicidad que incluye ascendencia afroamericana y del sudeste de Asia. En promedio, los jóvenes rondaban los catorce años. Casi las tres cuartas partes de los jóvenes habían sido hospitalizados previamente, en múltiples ocasiones. Los datos de la entrevista clínica estructurada para DSM-IV¹⁷ (en la versión para niños conocida como el KID-SCID), administradas por uno de los dos miembros del equipo (un psiquiatra infantil y un psicólogo clínico, ambos formados específicamente para guiar de forma fiable la entrevista para la investigación del diagnóstico) son impresionantes en términos de la ocurrencia simultánea de múltiples diagnósticos psiquiátricos.

Criterios de diagnóstico aparte, sin embargo, estos jóvenes habían padecido habitualmente actos violentos o suicidas, muertes recientes de seres queridos, uso intensivo de drogas y alcohol, problemas legales, abuso físico o sexual (un número alarmante de niñas fueron violadas varias veces) y automutilación rutinaria. Las entrevistas y las observaciones etnográficas, junto con los criterios de diagnóstico psiquiátrico, proveen evidencia del lugar destacado de los traumas en la vida de muchos adolescentes. Los eventos y las condiciones traumáticas son numerosas, a fin de incluir agresiones

17. El DSM-IV (o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) es un manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. La entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID) y el diagnóstico de la infancia (KID-SCID) son instrumentos semiestructurados diseñados para estudios de investigación clínica psiquiátrica. [N. del T.]

violentas directas de todo tipo, como ser testigo de muertes, intentos de suicidio o agresiones violentas por parte de familiares y amigos, revelaciones chocantes y traiciones (por ejemplo, ser rechazados o víctimas de abuso sexual), un brusco cambio residencial (los adolescentes echados a la calle o retirados del hogar, desalojo familiar o fuga, encuentros con la policía y el sistema de judicial de menores, la violencia relacionada con las drogas, la hospitalización, entre muchos otros). Donde las condiciones de vida son esencialmente inestables y los eventos traumáticos no son raros, en efecto, hay valor en usar la categoría de diagnóstico para discriminar entre las circunstancias en las cuales la respuesta es lo suficientemente grave para ser descripta como patológica. Tal como se define en el DSM-IV, el TEPT se aplica cuando una persona experimenta directamente un suceso traumático que incluye lesiones graves, algún peligro de muerte de sí mismo u otro y reacciona con miedo intenso, indefensión o terror. Posteriormente esto se reexperimenta incluso mediante memorias, sueños, *flashbacks* (recuerdos), angustia, o reacción física. La persona afectada evita estímulos asociados con el trauma y exhibe un entorpecimiento general en su capacidad de respuesta, junto con síntomas de aumento de la excitación, como dificultad para dormir, irritabilidad, problemas de concentración, hipervigilancia o respuesta de sobresalto exagerada. Estas dificultades persisten durante más de un mes y causan un sufrimiento significativo o un deterioro en el funcionamiento social. Aunque la definición básica se centra en la experiencia de un solo evento potencialmente mortal, el DSM reconoce que los síntomas pueden ser el resultado de una exposición prolongada a los eventos que pueden ser menos severos, pero tienen un efecto acumulativo con el tiempo.

Entre los participantes del SWYEPT, trece de los cuarenta y siete (28%) cumplen plenamente los criterios de diagnóstico del TEPT, incluyendo ocho niñas y cinco niños. Esto no incluye a varios más a los que se les había diagnosticado clínicamente un síndrome secundario del TEPT. Es indispensable tener en cuenta, sin embargo, que las personas comúnmente hacen los criterios de diagnóstico para más de un trastorno. Esto es particularmente cierto en el caso del TEPT, un trastorno que muy frecuentemente es relacionado con una gran depresión y distimia.¹⁸ Tal fue el caso en el SWYEPT, donde la depresión fue el más común de todos los trastornos que encontramos entre los participantes, con dieciocho de veintidós niñas (82%) y diez de veinticinco niños (40%) frente a los criterios del DSM-IV. Entre aquellos que cumplen los criterios para el TEPT, ocho niñas y dos de los cinco niños también fueron diagnosticados con depresión. Por lo tanto, es importante tener en cuenta la estrecha relación del TEPT y la depresión no sólo como

una cuestión de experiencia fenomenológica, sino también en la teorización sobre los determinantes sociales de estos trastornos concurrentes.¹⁹

Luego centraré mi atención sobre la experiencia de un niño y una niña en particular, pero de momento caracterizaré brevemente el conjunto de la muestra de ocho niñas y cinco niños mediante algunos de sus elementos comunes y sus diferencias. Teniendo en cuenta las difíciles condiciones de casi todos los niños existentes en el SWYEPT, es útil recordar el valor del TEPT como una categoría para identificar a aquellos cuya experiencia es más intensa, y cuya respuesta es la más severa con respecto a los eventos traumáticos. Dicho esto, la primera observación es que, en todos los casos, el TEPT sólo comienza a describir la situación desde el punto de vista de la ocurrencia simultánea de diagnósticos. La segunda observación es que la categoría de TEPT hace poco para capturar la diversidad de sus experiencias y dificultades existenciales. Con respecto al diagnóstico, además de la depresión (10), hemos encontrado, por orden de frecuencia, abuso de sustancias y dependencia (7), trastorno de ansiedad por separación (5), trastornos de oposición desafiante o de conducta (5), TDAH (4), trastorno de pánico (3), trastornos alimentarios (2), psicosis (2), trastorno de ansiedad (2), trastorno bipolar (2) y fobia. Todos éstos son derivados de nuestra administración de la KID-SCID, y no incluyen diagnósticos clínicos.

No es de extrañar que las experiencias traumáticas comunes en este grupo fueran violaciones y abusos sexuales (seis niñas y un niño), los abusos sexuales de otros (dos niños y una niña) y abuso físico o verbal (cinco niños). Sin embargo, lo que se destaca como una categoría principal es el abandono entendido en sentido amplio (diez niños), sean abandonados por sus padres biológicos o sus padrastros, por ausencia o cárcel, por cambios continuos de sus cuidadores, por el abandono o la muerte de un pariente, por la falta de atención o implicación emocional de sus padres, por intento de suicidio parental o por la necesidad de invertir los papeles y actuar como cuidador de uno de sus padres. Abandono en el presente caso abarca, en un sentido específico, negligencia. En términos de diagnóstico, esto se corresponde con la frecuencia con la que encontramos puesto en juego al trastorno de ansiedad por separación. Existencialmente, tenemos que apuntar los nexos entre ser abandonado (solo) y sentirse abandonado (solitario), y el abandono como una condición para el trauma (vulnerabilidad) y un suceso traumático en sí mismo (violación). Las sutiles variaciones basadas en patrones culturales de dinámica familiar, entre euroamericanos, hispanos y grupos indígenas, están más allá del alcance de este trabajo, pero en todos los grupos sobre-

18. Término psicológico que refiere a una predisposición a estar deprimido, decaído. [N. del T.]

19. Dado que la depresión era el más comúnmente observado de todos los trastornos, un artículo separado ha sido preparado para estudiar las particulares dimensiones de la depresión (Csordas, 2013).

salían excepciones, como con el niño que huyó de su casa varias veces para escapar de la furia de su padre, pero que dijo que su padre siempre lo fue a buscar, que su padre lo amaba.

Las particularidades del TEPT: crisis y condiciones extremas y recurrentes

Pero, ¿por qué el tema del TEPT merece una atención especial? Sin duda, su alto perfil y saturación cultural en el discurso cotidiano son muy persuasivos en sí mismos. Sin embargo, existe una necesidad de conceptualizar el trauma psíquico en una forma profunda a través de un marco que tenga en cuenta la formación recíproca de las instituciones sociales y la subjetividad personal, donde existe un amplio campo de nociones que actualmente son candidatas a convertirse en parte de ese marco. Las categorías de diagnóstico empleadas más comúnmente son las psiquiátricas, que utilizan criterios basados en el contenido, la gravedad y la funcionalidad de los síntomas, tomados de los sistemas clasificatorios del DSM-IV o de la ICD-10. Generalmente, entre los antropólogos hay muchas sospechas, sino un total desprecio, por estas categorías de diagnóstico, consideradas invenciones históricas, reduccionistas de un punto de vista biológico, carentes de validez cultural, tendenciosas con relación al género, la etnia y la clase social, y productos de medicalización, potencialmente perniciosas social y políticamente. No es de extrañar que estas representaciones tomadas en conjunto puedan llevar a los científicos sociales al rechazo categórico de la utilidad de las categorías de diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, estoy de acuerdo con la posición expresada por Byron Good (1994) respecto de que las categorías de diagnóstico psiquiátrico ofrecen un punto de partida útil para la comparación mediante la identificación de las constelaciones de síntomas que tienden a “ir juntos” en virtud de la neurobiología, la etiología social y la estructura de experiencia subjetiva. Dicho esto, en este estudio de jóvenes con problemas he experimentado el mayor grado de malestar con estas categorías, que en cualquier otro estudio que haya realizado. La confluencia de trastornos—por ejemplo, la depresión + TEPT + psicosis—confiere un grado de complejidad que es vertiginoso, si no de una pura confusión. ¿Cómo dar cuenta de esto? ¿Tal vez en alguna medida la complejidad se deba a los problemas del desarrollo, en la medida en que éstos son adolescentes (relativamente) en las primeras etapas de la aparición de enfermedades que aún no se han “reunido” plenamente en un cuadro clínico (relativamente) más coherente?

Por otra parte, ¿es esta (llamada lamentablemente) “comorbilidad” mejor entendida como un espejo de la severidad de las realidades sociales, econó-

micas, políticas y psicológicas como una cuestión de experiencia vivida? Si esto fuera cierto, ¿cómo pensar en esas fuerzas totalizadoras que producen subjetividad? Varios trabajos sugieren que la violencia podría ser el concepto maestro crítico en los pensamientos acerca de la enfermedad. Scheper-Hughes (1992) ha escrito sobre la violencia de la escasez de alimentos y del hambre, configurada como una locura de opciones imposibles para la toma de decisiones maternas en el cuidado de niños en el noreste de Brasil. No hay duda de que el miedo y la realidad de tener hambre conducen a una pobre salud mental una vez que la National Co-morbidity Survey Replication Study (McLaughlin *et al.*, 2012) ha vinculado la inseguridad alimentaria con los trastornos de estado de ánimo, la conducta y el consumo de sustancias entre los adolescentes de trece a diecisiete años. Veena Das (1995: 175) ha escrito sobre la subjetividad y la violencia como “estructuras conceptuales de nuestra disciplina” que son necesarias y, al mismo tiempo, problemáticas en cuanto son una “transformación profesional del sufrimiento que despoja a la víctima de su voz, y nos aleja de la inmediatez de su experiencia”. Basándose en la noción de Gregory Bateson (1958), Janis Jenkins (1991: 140) elaboró el concepto de “*ethos* político”, concebido como la organización cultural del sentimiento y de la sensibilidad relativos a ámbitos sociales de poder e intereses, para el examen “del nexo entre el papel del Estado en la construcción de un *ethos* político en particular, las emociones personales de quienes viven en ese *ethos* y las consecuencias en la salud mental al habitar tal ambiente”. Paul Farmer (2004) ha argumentado ampliamente sobre la utilidad de un concepto más amplio de “violencia estructural” (construido al interior de instituciones, prácticas y presupuestos), mientras que James Quesada, Laurie Hart y Philippe Bourgois (2011) trataron de perfeccionar eso remplazando el término demasiado inclusivo de “violencia” por el de “vulnerabilidad”.

Otro concepto central es el de precariedad, que es valioso en la medida en que dirige la atención hacia condiciones que dan lugar a reiteradas situaciones traumáticas. Me he referido a este tema desarrollando la idea de “inseguridad palpable” (Jenkins, 2012). Anne Lovell (2012) ha proporcionado una elegante formulación de “circunstancias extraordinarias”, como lo acontecido durante y tras el paso del huracán Katrina, para tener en cuenta la vulnerabilidad psiquiátrica preexistente y, a pesar de eso, una notable capacidad de acción y agencia ante la necesidad. Basándose en la noción de Hannah Arendt de “natalidad”, para dar cuenta de esta capacidad Lovell elabora el concepto de precariedad, que contiene un valor particular al abarcar una experiencia cercana a la cualidad de peligro a la vez que preserva la socialidad humana bajo la presión de circunstancias extremas y de riesgo de vida. En un esfuerzo para vincular el estrés a largo

plazo asociado con la pérdida de la familia, trabajos, y comunidad, en un contexto de circunstancias de vida inestable, Vincanne Adams, Taslim van Hattum y Diana English (2009: 615) han acuñado el término “síndrome de desastre crónico” para reunir los efectos del trauma personal a largo plazo, los arreglos sociales que Naomi Klein llamó “capitalismo del desastre” en el cual los desastres son realmente una forma de vida, como el desplazamiento geográfico de las poblaciones vulnerables en el caso de los pobres de Nueva Orleans tras el huracán Katrina. En estas formulaciones, el problema potencial no es un individualismo miope sumido en la complejidad de la comorbilidad, sino una mezcla poco manejable de todo lo que nos lleva a la pregunta de cómo una multiplicidad de factores y niveles de análisis están interrelacionados.

En resumen, nuestros estudios requieren una especificación de las situaciones y condiciones de trauma en el desarrollo cultural, social y humano, junto con el reconocimiento del trauma como una sintonía compleja para las modulaciones de la existencia cruda y la estructura de la experiencia. La lucha para conceptualizar lo que es a la vez totalizador y penetrante – no podemos suponer que hay un “post” o un “pre” temporal definitivo a un evento traumático o situación colectiva traumática– plantea una amenaza a la propia estructura de sentido. Lo que Gregory Bateson *et al.* (1956) llamaron el “doble vínculo” para individuos se presenta en un nivel estructural en forma fragmentaria e irónica como “crisis continuas”, y ciclos repetitivos y predecibles de incredulidad que desafían las posibles expectativas culturales y psicológicas humanas. Los guiones o modelos culturales (Holland y Quinn, 1987) son insuficientes, inadecuados o irrelevantes en el paisaje de expectativas y etnopsicologías desvanecidas. Por ejemplo, ¿cuáles son los significados culturales y las consecuencias en el desarrollo de la parentalidad cuando una madre no hornea las galletas porque está cocinando metanfetamina durante tres días, y luego desaparece sin previo aviso por varios meses? ¿Cómo una niña puede organizar su vida emocional si su padre ha estado en prisión toda su vida y, sin embargo, ella siente que “lo necesita” ahora que se está “haciendo mayor” (diecisiete) y se graduará de la escuela secundaria, se casará y se convertirá en una madre ella misma? Del mismo modo, ¿cuál es el significado del hogar en circunstancias en que la inestabilidad residencial es prácticamente normativa? Incluso el supuesto metodológico de lo que significa realizar entrevistas y observaciones en las casas de los adolescentes se torna incierto en esta situación.

Vidas traumáticas

Para dar un paso inicial para ilustrar este punto en relación con las características existenciales del trauma psíquico, proporcionaré una descripción de la situación de Luke y Alisa. Si bien cada caso tiene cualidades únicas, los dos presentados aquí son representativos de un patrón de relaciones precarias que se mantienen en general en los trece participantes del SWYEPT, diagnosticados con TEPT.

Luke Scott: “Yo no lo quiero dejar ir”

En el momento en que empezó a participar en el SWYEPT, Luke tenía quince años y cursaba el noveno grado en la escuela secundaria local. Vive en un vecindario de bajos ingresos en Albuquerque con su madre, dos hermanas menores y un hermano; todos tienen diferentes padres biológicos. Luke ha recibido tratamiento psiquiátrico ambulatorio desde que estaba en el jardín de infantes, y en ese momento con el tiempo fue diagnosticado con TDAH, para lo que se le recetó medicación. Desde entonces, ha tenido siete hospitalizaciones por episodios de ira explosiva, y fue diagnosticado con estrés postraumático y trastorno de oposición desafiante.²⁰ La hospitalización durante la cual nos hemos encontrado con él se produjo a causa de una pelea con su hermana. La madre de Luke había llamado a la policía, que le ofreció la opción de detenerlo o llevárselo para su hospitalización psiquiátrica. Él insistió, y tampoco había indicios, en que nunca había consumido drogas o alcohol. Dijo que le había hecho una promesa solemne a su abuela de que nunca haría eso (consumir sustancias). Su hermano había muerto a causa del grave abuso de alcohol que involucró decir algo “realmente cruel”, ante lo cual la gente (no familiares) respondió golpeándolo hasta la muerte con un tubo caño de plomo. Cuando nos encontramos por primera vez, él estaba muy medicado, pero logró un firme apretón de manos y una mirada directa a los ojos, que aparentemente entrenó mucho. Hemos escuchado que no se lleva bien con sus compañeros y sus hermanos. Aunque es conversador y agradable, se distrae con facilidad y puede ser inquieto. En general, el equipo de investigación y el personal clínico lo encontró muy simpático para ser un adolescente perturbado, con un cuerpo no muy diferente del de un gran cachorro San Bernardo. Le ha

20. Para un análisis cultural de la relación de la ira con el TEPT en el ámbito de la familia nuclear, véase Hinton y sus colegas (2012) para un análisis conceptual y empírico de la homogeneidad clínica de esta conexión y el modo en que es generada la ira relacionada con la familia.

ido muy bien con los adultos, pues está dispuesto a agradar y congeniar. Parece honesto, abierto y confiable.

La madre de Luke, Marta, es angloamericana y divorciada del padre de Luke, de origen mexicano. Luke comentó que a pesar de que su padre, José, lo abandonara en 1985 cuando él tenía tres años, no había estado en contacto con él en ningún momento, y afirmó que “debe haber habido una razón” (para abandonarlo). Martha recibe un subsidio de vivienda a través de la asistencia por desempleo, y desde el divorcio ha tenido una serie de parejas masculinas con las que ha convivido. El más reciente es Chuck, que trabaja como chofer de camión a tiempo completo y al que Luke considera un “cool guy” (tipo con onda). Una pareja anterior, Kent, padre biológico del hermano menor de Luke, vivió con la familia desde 1998 hasta 2005. Luke recordó esto: “Durante siete años, yo pensé que lo amaba como si fuera mi padre”. Por lo tanto, fue devastador para él divulgar en 2006 que su padrastro Kent había abusado sexualmente de sus hermanas menores durante cuatro años aproximadamente (cuando Luke tenía entre nueve y trece años de edad). Más aún, su padrastro esposaba a Luke a una cama y lo golpeaba, lo que creaba la posibilidad de abusar de sus hermanas sin su conocimiento o interferencia. Luke luchó con las esposas, rompiendo algunas de las barras de la cama, pero no una de las barras más gruesas. Tras la revelación de sus hermanas del abuso sexual, Luke les exigió a ellas que se lo dijeran a su madre, porque él se negaba a mantener ese terrible secreto. A raíz de ese relato, Kent fue detenido y puesto en prisión preventiva, en espera de un juicio que preocupaba particularmente a Luke en el momento en que lo conocimos. Se le preguntó qué era lo que pensaba de su hospitalización, y dijo que estaba allí por su “ira, mayormente mi ira, tengo arrebatos grandes y erráticos. Sin lugar a dudas me iré escaleras arriba”. Durante su entrevista de diagnóstico con el psiquiatra del SWYEPT, él dijo: “El único motivo de mi ira es que necesito distraerme a mí mismo”. Sin embargo, es inquebrantable, en su convicción de que sus problemas comenzaron con los “traumas” infligidos a él y sus hermanas por su padrastro Kent.

En la entrevista etnográfica, su madre describió una serie de acciones que la desconcertaban, como hacer agujeros en las paredes, jugar con encendedores y actividades destructivas. Ella ha estado en una larga y dedicada entrevista para encontrar “un diagnóstico correcto”, y los medicamentos asociados. Era libre para expresar su frustración con la psiquiatría infantil, que no era una ciencia exacta ya que había recibido una variedad de diagnósticos sin etiquetas o perspectivas específicas sobre el problema: “Estoy lista para tirarles sus libros y dejar a mi hijo tranquilo”. En particular, expresó su opinión de que un caso tan complejo como el de su hijo requiere claramente un

encefalograma. Se mantuvo inflexible en este punto, repitiendo esto varias veces, con el cerebro como la fuente para controlar la ira. Demandando el diagnóstico “correcto”, se puede afirmar que los padres están en busca de “interpretabilidad” para las acciones de sus hijos, una interpretación que, a través del lenguaje, pueda identificar y nombrar singularmente la serie caótica y preocupante de problemas en forma condensada. Es común un rechazo cultural a interpretar esas condensaciones como amplias, turbias y complicadas en lugar de una formación cultural que es delgada, clara y sin ambigüedades. En este estudio de caso (y otros estudios) existe un modelo cultural (Holland y Quinn, 1987) que simultáneamente configura el trauma como déficit cerebral y hace que corresponda a los jóvenes asumir la responsabilidad.

En sus diferentes relatos, el énfasis de Luke en una subjetividad moral enraizada en su experiencia biográfica está en tensión con el énfasis tecnocientífico de su madre como explicación del problema. Su aproximación exhibe la propensión cultural a definir la realidad en el sentido literal de lo que es visible y lo que se puede considerar prueba dotada de autoridad, en este caso un encefalograma. También exhibe una tendencia a disminuir la importancia de los padres y otros familiares en los efectos sobre los niños, en un aparente esfuerzo por eludir las implicancias de su culpabilidad. A la luz de la persistencia de la violencia, el abuso, la pérdida y el abandono, es notable cómo el diagnóstico biomédico, pero no la experiencia biográfica, tiene un lugar tan prominente en el razonamiento de los padres. Tal vez es irónico apelar moralmente al diagnóstico si éste es determinado sin tener en cuenta cuestiones morales, las cuales no ocupan un lugar propio en la tarea científica de la nosología. La clave para casi todos los diagnósticos psiquiátricos es la invocación de categorías descriptivas sin inferencia causal.

El diagnóstico de TEPT es más difícil en el caso de los adolescentes cuando los eventos que se consideran precipitantes directos emergen de las condiciones del hogar familiar, como presencia o ausencia de los padres, acción o inacción, aunque eso no es directamente calificado como traumático en sí mismo. En vista de ello, no es de extrañar que los autoposicionamientos de la narrativa parental en relación con los eventos y las condiciones del trauma sean particularmente tensos desde un punto de vista moral. En el último siglo, se ha producido una batalla cultural casi frenética acerca de culpar a los padres por la psicosis y casi todas las enfermedades mentales. Dentro de Estados Unidos y en otros lugares, se ha producido un cambio cultural radical de modelos etiológicos de psicopatología nacida de una función parental inadecuada (generalmente materna) hacia narrativas científicas basadas en el cerebro que no sólo no tienen nada que ver con el cuidado de

los hijos, sino que muestran una gran antipatía hacia los factores familiares sociales y psicológicos, tanto por parte de los psiquiatras como los grupos de apoyo de padres. Como hemos visto repetidas veces, la saturación cultural y el atractivo de los modelos biológicos basados en el cerebro parecen evidentes. Mientras el conflicto sobre la función de factores personales e interpersonales contra factores biológicos es considerable en una variedad de enfermedades mentales (Jenkins y Carpenter-Song, 2005), en el caso de trauma psíquico entre los adolescentes de familias pobres con un legado intergeneracional de violencia estructural este conflicto podría ser mayor. El discurso moral interpretado como distante, irrelevante o amenazante da lugar a un discurso reduccionista de biología y encefalogramas en el proceso, excluyendo el discurso de una genuina terapia.

En el caso de Luke, el deseo parental de minimizar o eliminar la experiencia biográfica fue notablemente destacado durante los seis meses de seguimiento de la entrevista etnográfica. En este ínterin, Luke había tenido otro episodio explosivo en el que, según su madre, amenazó con matarla y suicidarse. Ella llamó a la policía, y él fue readmitido para una hospitalización de tres semanas, seguida de la colocación en hogares de guarda terapéutica por seis meses. Estos acuerdos fueron presentados a Luke como una alternativa a ir a la cárcel. A él le fue prescrita una dosis particularmente alta de Seroquel de 700 miligramos. Su conversación era lenta y arrastrada, probablemente un efecto del medicamento. Dado el énfasis que la madre dio anteriormente a investigar el problema de Luke a través de un encefalograma, para llegar a la raíz de las cosas, el foco de su narrativa cambió a una posición en la que, trauma o no, Luke necesitaba “seguir adelante” y “dejar atrás” lo que había sucedido. Por su parte, él estuvo reflexionando sobre tratar de manejar su ira, pero sigue convencido de que el abuso de su padrastro es la fuente de su problema y los de familia, y él simplemente no podía “dejarlo ir”, y que hacer eso sería un problema. En sus palabras: “No quiero dejar de lado esta cosa”, porque “ese día puede venir cuando lo necesite y, si no lo tengo, entonces voy a tener que revertirlo, y es algo que no me gusta hacer. Usar armas. Porque no me gusta utilizar armas en peleas”. Luke es plenamente consciente de que conserva su furia no sólo como una estrategia defensiva que lo mantiene atento, sino también como combustible para su deseo de represalias violentas, de las que ahora es físicamente capaz ya que es un joven mayor y más fuerte.

Alisa Sánchez: “He tenido que crecer pronto”

El segundo ejemplo de trauma psíquico es ilustrado en la vida de una

joven de diecisiete años de herencia hispana,²¹ a la que llamaremos con el seudónimo de Alisa. Ella apenas ha logrado mantener su vida en una situación de grandes penurias económicas y padres destructivos que no entienden ni se preocupan por sus necesidades. Sufriendo numerosos insultos a la integridad de su desarrollo, lucha con el dolor y la confusión de una psiquis destrozada, y recursos limitados para la creación de una vida satisfactoria. Había estado hospitalizada ocho veces desde los trece años. Poco tiempo después de haber cumplido diecisiete, dio a luz a Adán, un bebé sano. Yuma, un nativo americano isleta y su novio durante dos años, fue un padre activo en los meses inmediatamente posteriores al nacimiento. Parecían muy satisfechos con su creación.

En el primer relato de lo que la llevó a la hospitalización, Alisa atestiguó enfáticamente que había sido devastada al recibir una carta de su padre, que estaba en servicio en Irak, para informarle que él no era su padre (biológico) y que había decidido desconocerla. Después de que él regresara a la zona de Albuquerque, ella trató de ponerse en contacto con él por teléfono, pero fue en vano. Sentía que el rechazo de él a llamarla fue la gota que colmó el vaso, y se dio cuenta de que “estaba fuera de sí” y comenzó a llorar, sintiéndose abandonada. Esta experiencia fue la precursora inmediata de una de sus varias hospitalizaciones. Se le habían entregado varios diagnósticos clínicos a través de los años, pero el central y perdurable fue el TEPT. El impacto de la pérdida de su relación con la figura paterna se desarrolló en el contexto de una historia de sufrimiento de múltiples casos de abuso sexual, por parte de los novios o las parejas de su madre. La primera vez que ocurrió, según recuerda, fue cuando tenía once años, cuando ella estaba durmiendo en la misma cama con su madre y su pareja, en un momento en que su madre estaba dormida o borracha. Contribuyendo al horror del ataque, la respuesta de su familia al evento fue hacerla sentir “culpable y sin apoyo”, con su madre y otros familiares tratando de minimizar lo que había ocurrido. Fue inmediatamente después de este hecho cuando comenzó a automutilarse por recomendación de una amiga que había sido violada por su padre. Esto se convirtió en un hábito regular tras un ataque sexual posterior de un chico en el que ella había “confiado, [y] él se aprovechó de mí”. En el momento del rechazo de su padre, su historia traza la conexión con demasiada claridad, y literalmente: “Él [su padre] me sacó de su vida” y ella “comenzó a cortarse” no sólo para quitarse el dolor, sino también en un intento desesperado de traerlo de vuelta a su vida.

Alisa estaba abierta sobre el implacable viento de su identidad y evolución como una niña con múltiples figuras paternas y abusos por varias de

21. El texto original destaca que la herencia hispana es por mestizaje. [N. del T.]

esas figuras desagradables. Aun así, el más profundo insulto para ella, la renuncia de su padre adoptivo, se vislumbraba como el mayor. Ella exigió alguna resolución. El psiquiatra que investigaba el diagnóstico pensó que tal vez esto jugó un papel en la necesidad de conectar con su novio y en el problema que llevó a su posterior ruptura. Le confesó a su novio que ella tenía una relación amistosa con otro muchacho y Yuma, encolerizado, rompió la relación. En respuesta, ella ingirió una botella de Seroquel (un medicamento antipsicótico), y a los diecisiete años fue hospitalizada de nuevo. Al igual que cuando intentó cortarse como un medio para traer de regreso a su padre, admitió que con la sobredosis quería obtener el regreso de su novio.

Su madre tiene un grave problema con el alcohol, lo que es una fuente permanente de tormento para Alisa. Alrededor de los cinco años de edad, ella sufrió una importante lesión en un accidente de auto, cuando su madre conducía en estado de ebriedad. De hecho, el brazo derecho de Alisa está casi cercenado. Es una joven muy bonita, con largo cabello oscuro y unos sorprendentes ojos marrones; pero también es notable no sólo por el sobrepeso, sino también por las largas y profundas cicatrices que recorren la longitud de su brazo. Tratando con el alcoholismo de su madre a una edad temprana, afirma que tuvo que *“crecer pronto”* y ser *“la adulta”* desde los seis años. Ser la adulta implicaba asegurarse, cuando su madre estaba excesivamente intoxicada, que todavía respirara, además de estar expuestas a lo que ella describe como su madre *“trayendo diferentes hombres a la casa, siendo muy promiscua delante de mí”*. Con tristeza, informó que sabía todo sobre el sexo desde los cuatro años y tenía pesadillas de su madre siendo brutalmente maltratada por los hombres que llevaba a su hogar.

Según los criterios aplicados del SCID,²² en el protocolo de investigación SWYEPT el diagnóstico actual que sufre Alisa es TEPT, y trastorno depresivo con características psicóticas. El último diagnóstico fue una condición que ha desarrollado en el posparto. Durante el período de lactancia ella experimentó estimulación sexual que, aunque no es rara, la aterrorizó. La retrotrajo a su propio estado previo a los abusos sexuales. Ella ha desarrollado pensamientos hostiles hacia el bebé y se ha visto afectada por miedo de causarle daño. Aunque dejó la lactancia *“repentinamente”*, sintió que se retiró, pero nunca realmente le haría daño al bebé. Los últimos diagnósticos incluyen abuso de alcohol y dependencia del cannabis, junto con un trastorno alimentario. A diferencia de Luke, Alisa no acepta fácilmente el diagnóstico de TEPT. En el momento en que fue diagnosticada, ya había tenido varios diagnósticos clínicos anteriores, y experimentó éste como confuso y fue *“arrojado”* a ella.

Durante nuestro seguimiento en el transcurso del último año, Alisa

también había recibido el diagnóstico clínico de psicosis. Ella experimentó esto tanto con alivio como con vergüenza. Se sentía aliviada porque el diagnóstico les daba sentido a las experiencias alucinatorias aterradoras que había tenido. Se sentía avergonzada especialmente en relación con sus dos hermanas mayores, quienes alternativamente dudaban o ridiculizaban el diagnóstico. Sus respuestas estaban repletas con estigma social, ya que ellas se burlaban de su hermana: ¿terminará siendo como la infame Andrea Yates de Texas, que ahogó a sus hijos en la bañera? Ella también se sentía ofendida por el discurso antipsiquiatría de sus hermanas acerca de cómo ella no necesitaba una píldora cada día. A través de su propia experiencia perturbadora de haber dejado los medicamentos, Alisa sabe que es lo que es mejor, y ahora toma los medicamentos regularmente y con convicción.

La inteligencia y la sensibilidad de Alisa, que se expresan en sus pensamientos y en la atención a los demás, se hizo todavía más notable teniendo en cuenta la intensidad de su aflicción. Por ejemplo, en un viaje a Arizona para recoger dinero del seguro relacionado con el accidente de automóvil, ella logró ubicar a un hijo adulto de su padre adoptivo, quien señaló que también había sido abandonado. Esto suscitó la empatía mientras ella se preguntaba cuán malo había sido para él, y ella se imaginó que, dada su amargura, de hecho esto podría haber sido relativamente peor para él que para ella.

Su madre, Ramona, una enorme y tosca mujer de herencia hispana con pelo oscuro, había tenido una vida difícil al crecer en una familia de ocho miembros, donde los golpes eran rutina. Su pequeña casa se le ha proporcionado a través de un subsidio de vivienda. Ella tiene un historial de abuso de alcohol y drogas, por el que ha estado en programas de rehabilitación por mandato de la corte con el modelo de tratamiento de Alcohólicos Anónimos. Relató que fue violada cuando era niña, y que la familia no se preocupaba por ella. Ve esta falta de atención y protección como un ciclo intergeneracional repetitivo: *“Yo miro ciclos y la forma en que veo ciclos es que tú sigas haciéndolo, se sigue repitiendo y repitiendo a través de las generaciones y quiero que se pare [...] He visto ciclos toda mi vida [...] porque esto es lo que vi hacer a mi madre”*.

Después del accidente por conducir en estado de embriaguez, que hirió gravemente a Alisa, el juez encargado ordenó un programa de rehabilitación residencial para Ramona. Sólo se le permitía recibir visitas supervisadas con Alisa durante un período de varios meses. Durante ese tiempo, Alisa vivió con su tío, y más tarde con su hermana mayor. Aunque Ramona ha completado con éxito un programa de rehabilitación tras el accidente, no podía mantener su sobriedad. Un evento por el cual quedó *“aterrada”* la llevó de nuevo a la botella. Su hermano, el tío con quien Alisa había permanecido

22. Entrevista clínica estructurada, basada en los criterios diagnósticos del DSM. [N. del T.]

durante un período, mientras se encontraba en un centro de rehabilitación se suicidó. Ramona quedó tan desolada que dijo que a ella no le importaba nada ni nadie, incluida ella misma, y gradualmente recayó en su alcoholismo. Dijo que Alisa “*vio eso. Sé que ella lo hizo*”. Cuando se le preguntó cómo fue posible que sucediera la hospitalización de Alisa, citó dos razones que juntas parecieron golpes brutales, incluyendo el rechazo de su padrastro y el propio regreso de Ramona a un grave abuso del alcohol.

Dada la necesidad de convertirse en “la adulta” a los seis años, como dijo Alisa, es admirable que apareciera como una persona precoz, contemplativa y comprensiva. Dos años después de que nosotros la conociéramos, se había mudado de casa de su madre, de hecho había sido echada, y estaba viviendo en un pequeño, desordenado y sucio apartamento con su nuevo novio y su hijo de dos años. A pesar de que era azotada por la ansiedad, se las arregló para conseguir su diploma de la escuela secundaria (GED).²³ Estaba en el proceso de inscripción en cursos del *community college* local,²⁴ interesada en la posibilidad de convertirse en consejera.

¿Pos TEPT?

Luke compensó la falta de protección de su madre con la creación de su propio sistema en el cual la ira está disponible fácilmente y de modo fiable. Su ira lo protege incluso cuando su madre y sus diversos novios no lo hacen. La respuesta emocional a los eventos violentos que amenazaron su vida, bajo las condiciones de la falta de protección parental, es la ira, en el nivel más visible. Emociones más tiernas como el miedo, el estremecimiento, e incluso el dolor sobre cuán solo él está en el mundo cuando se trata de su propia protección, están camuflados por muestras desbordantes y espectaculares de ira. Sin embargo, ha hecho de la ira mucho más que un elaborado y complejo sistema de autoayuda que es a la vez protector y destructivo. Sus intereses en los campos de la astronomía y otras ciencias, junto con el deseo de tener una novia, ayudaron a proteger una capacidad estimable aunque tensa, para el desarrollo, la resiliencia e incluso el idealismo. Es extraordinario que él haya elaborado esta capacidad bajo condiciones de trauma psíquico y adversidad.

La vida de Alisa no es menos conmovedora con respecto a la crisis del suministro de protección parental como el fundamento para eventos continuos y repetitivos, que le crearon su profundo y duradero trauma psíquico. Además de las graves lesiones sufridas en el accidente de auto, que la dejaron a una edad temprana con marcas imborrables, ella no pudo contar con una red de seguridad familiar ante las constantes crisis familiares y cambios de residencia. Su motivo para automutilarse fue, por lo tanto, la toma de conciencia de la perdurabilidad de esta precariedad. El problema de Alisa no es la ira como con Luke, sino estar más perdida en un árido mar de miseria y malas decisiones. Navegando por un reseco y poco fiable paisaje social, ha logrado reunir los recursos personales sin sucumbir a un resentimiento posiblemente justificado. Vive una mezcla de tristeza y pérdida, que no podría salvar su relación con su madre sin renunciar a su propia cordura. Ella tuvo que cuidar de su hijo y de ella misma, y esto constituye su autoelaborado sistema de autoprotección.

Comparando a los dos jóvenes, se evidencian diversas variaciones sobre la experiencia de abandono. Luke fue traicionado por un padrastro que durante años él pensó que lo quería como a un verdadero padre, mientras que Alisa fue repudiada por un padrastro que ella pensaba que era su padre biológico. Las largas horas de trabajo nocturno de la madre de Luke la obligaron a no estar disponible y a ser ajena a los abusos; mientras que el alcoholismo de la madre de Alisa la hicieron incluso menos disponible. Hay una estereotipada diferencia de género en la forma en que Luke enfrentó sus problemas con ira dirigida hacia afuera, en un intento que combina la autoprotección y la venganza; mientras que Alisa lo hizo por medio del autodaño vuelto hacia adentro, reflejando la inapropiada responsabilidad y vulnerabilidad propias de su edad. Sin embargo, implícitamente ambos tienen elementos estratégicos en sus respuestas, como la ira de Luke que sirve como una herramienta para mantenerse en guardia y prevenir que tenga que recurrir al uso de armas; mientras Alisa utiliza la automutilación y el intento de suicidio como medios para retener a su novio y su padrastro. También hay un aparente contraste en los resultados, quizá independiente del género como un factor, pero más relacionado con la diferencia de tres años en sus edades, con Alisa aparentando últimamente más éxito en el inicio de la transición hacia la edad adulta y la madurez.

Lo que también entra en juego para ambos jóvenes es, en parte, la capacidad de concebir una vida y esperanza para el futuro, y quiero aprovechar la ocasión para pasar una vez más a través de las experiencias de ambos, con la atención puesta en sus propias sensibilidades para superar el reto del desarrollo de un trauma. Esto es importante para comprender su experiencia, pero también, de manera más amplia, en la medida en que los

23. Graduate Student Degree (GED) es el diploma de graduado escolar. [N. del T.]

24. Los *community college* son principalmente instituciones públicas de educación superior, que ofrecen carreras generalmente de dos años de duración. Después de graduarse en estas instituciones algunos estudiantes pueden pasar a la universidad para completar un *bachelor's degree*, similar a un título de licenciatura. [N. del T.]

debates del TEPT en general tienden a centrarse poco en las posibilidades y en las condiciones subjetivas de cura.

Luke hizo dos declaraciones claras en este sentido, la primera dirigida hacia el trauma como restricción y la segunda indicando una visión del futuro:

Mi mamá piensa que yo no lo estoy dejando ir. Personalmente, estoy intentando, pero es un poco más difícil de lo que ella piensa, yo sé que algo le había sucedido a ella en el pasado. No quiero decirlo. Pero, para mí, es diferente porque mis hermanas fueron agredidas, y yo fui abusado. Tú realmente no puedes comparar los dos abusos. El mío fue peor en el abuso, pero eso perjudicó sus mentes. Así que me dañó mucho peor. Ellas no saben nada del trauma físico que yo tenía. Pero ellas tienen un gran daño mental desde entonces. No son retrasadas. Esto sólo las dañó, a ellas no les gustan los muchachos. A mi hermana no le gustan los muchachos. Ella no quiere tener un novio.

Yo quiero ser un arqueólogo. Eso o un científico de la NASA. Y con el científico, hay un montón de metas que quiero lograr en la parte científica [...] quiero crear medicamentos para retardar el proceso de envejecimiento, una cura para el cáncer [...] Bueno, primero tengo que ir a la universidad. Tengo que conseguir mi doctorado y Ph.D. en ciencia antes de hacer eso. Y arqueología; tengo que obtener matemáticas, ciencia e historia.

La madre de Luke se mostró optimista con respecto al futuro de su hijo, aunque sea en una forma brusca que expresa la actitud que hemos visto, acerca de que él necesita “seguir adelante”:

Creo que una vez que logre solucionar todos sus problemas, podrá funcionar como un ser humano normal. Y lo que quiero decir por normal es una persona sin trauma, no normal. Porque nadie es normal, normal. Usted sabe, cuando mis hijos hacen cosas normales, me sorprenden porque estoy tan acostumbrada al trauma que cuando hacen algo normal yo me pregunto: “¿Es esto bueno?”. Y los terapeutas dicen: “Esto es normal”. Yo digo: “Usted no entiende. Nosotros no hacemos lo normal. Yo no conozco lo normal”. Así que sí, él es, tú sabes, él tiene un montón de cosas que quiere hacer. Si él no tuviera esos sueños, quiero decir, ahí, estaremos en serios problemas.

Alisa fue explícita acerca de su futuro tanto en su continuidad como en el dominio de su experiencia:

Pues bien, después de recibir mi GED yo realmente, realmente, quería ir a la facultad. Estoy un poco insegura de qué es lo que quiero elegir

como especialidad, aunque pienso que me gustaría ser una consejera o terapeuta para adolescentes, como todas las cosas que he estado pensando. O quiero ser una enfermera. Algo que ayude a la gente.

Su madre expresó su optimismo, pero en una clave diferente que la de madre de Luke:

¿Qué veo? Puedo verla tropezando y cayendo en el camino. Pero la veo levantándose. No puedo verla estando en el suelo. La veo levantándose de vuelta y diciendo: “Bueno, yo tengo un problema, ¿cómo puedo solucionarlo? ¿Cómo puedo hacer esto mejor?”. Porque ella no es tonta. Esa niña no es tonta [...] Lo que me gustaría ver es que volviera a la escuela [...] y haga una vida mejor para ella y su hijo. Por su hijo principalmente.

Nuevamente, tal vez vinculado al género, para Luke el objetivo de trascender su trauma fue expresado no sólo en un dejar ir, sino también en un giro hacia afuera, hacia la creatividad de la ciencia, hacia el descubrimiento de fósiles o de una cura para el cáncer. Para Alisa el objetivo fue expresado por la internalización de los ideales terapéuticos que ella misma reconoció como la principal fuente de su capacidad para trascender el dolor. La orientación de sus madres hacia al futuro contrastaba del mismo modo a lo largo de las líneas del énfasis de la madre de Luke en él componiéndose a sí mismo (responsabilidad) y la imagen de la madre de Alisa tropezándose y levantándose (resiliencia).

Patrones de precariedad: trauma y peligro social

La conceptualización del diagnóstico del TEPT reconoce que a menudo éste no es atribuible a un solo evento, sino respuesta a las amenazas recurrentes de la integridad corporal y psíquica. Análisis de los casos anteriores, en conformidad con los de otras personas diagnosticadas con TEPT de acuerdo con criterios de investigación, revelan un patrón con respecto a las condiciones en que estos jóvenes se encuentran, un patrón de precarias condiciones en las que se sientan las bases para la aparición de eventos traumáticos.²⁵ La identificación de un patrón de inestabilidad tal constituye un paralelo si ampliamos el rango diagnóstico, prestando atención a procesos sociales, psicológicos y culturales en el contexto histórico y político. Las entrevistas

25. Para una aplicación matizada del concepto de precariedad ontológica enraizada etimológicamente en la súplica como un modo de subjetividad, véase Lovell (2012).

ofrecen relatos de experiencia próxima acerca de las condiciones de existencia hechas peligrosas por el abandono o la inadecuada protección parental. Para la identificación del problema dentro del espacio de la familia, estas relaciones deben ser configuradas dentro de un marco más amplio de herencias intergeneracionales y regionales.

Muchos de los padres en este grupo han tenido ellos mismos infancias caóticas asoladas por pobreza, drogas y violencia de pandillas, negligencia de los progenitores o maltratos. Esta secuencia se puede rastrear más allá, hasta incluir la intrincada historia colonial de Nuevo México. En la mejor de las hipótesis, tal historia es expresada como orgullo en la identidad y diversidad, mientras que en la más sombría expresa la historia de coexistencia dolorosa entre el indígena oprimido, el conquistador derrotado y el pionero empobrecido. Una elaborada historia de unos cinco siglos de conflictos entre nativos americanos, españoles, angloamericanos y las poblaciones mexicanas está más allá del alcance de este artículo; sin embargo, es crucial tener en cuenta el conjunto de conexiones, a fin de teorizar las condiciones precarias que trascendieron los hogares individuales o familiares. El contexto histórico de inestabilidad política y cultural en la región se manifiesta tanto en familias y comunidades como en las víctimas colectivas de siglos de conflicto colonial. El conflicto contemporáneo dentro de las familias y comunidades trágicamente reproduce y mantiene la violencia del escenario más amplio. Es notable que, además de etnografías de las comunidades indígenas, existe un cuerpo de literatura enfocado en la cultura hispánica del norte de Nuevo México (Sánchez, 1967; Briggs, 1987; Kutsche y van Ness, 1988; Trujillo, 2009; García, 2010). El más reciente de estos trabajos presta considerable atención al flagelo del uso de drogas y el empobrecimiento de la región. Sin embargo, la experiencia de SWYEPT es que tales condiciones no son en absoluto limitadas al norte del estado, tampoco se limitan a los hispanos. Un trabajo sobre Albuquerque realizado por un periodista experimentado antropológicamente (Price, 2003) lo describe como un lugar maravillosamente variado “en el fin del mundo” con un nombre exótico similar a Tombuctú, Keet Seel o Katmandú. El autor se preocupa por el potencial de desarrollo de la ciudad y la calidad del agua, pero no hace prácticamente ninguna mención sobre la salud, la pobreza o las drogas, y no ofrece ninguna indicación de que todo un sector de la ciudad es etiquetado “zona de guerra” por su endémica violencia de pandillas. Esta mirada es la que uno podría esperar de cualquier profesor de secundaria o propietario de lavadero de autos de clase media, con poco sentido del peligro social endémico que es evidente desde el punto de vista etnográfico del SWYEPT.

Tales son las condiciones sociales por la falta de atención y abdicación de la obligación moral de proporcionar protección y cuidado. La falta de

protección paternal puede ocurrir en relación con la inestabilidad residencial y de la pareja, grave abuso de alcohol y drogas y volatilidad emocional. Tomadas en conjunto, estas condiciones hacen posible las distintas formas de abuso y descuido de los niños en virtud de la indisponibilidad parental y la falta de atención. La agencia y la responsabilidad individual en las éticas del cuidado, bajo tales condiciones, están difusas, en el mejor de los casos, y los niños en este estudio demostraron una considerable confusión acerca de la seguridad, el apego y si alguien era moralmente responsable para tales existencias precarias. Sin lugar a dudas, de hecho algunos culparon a sus padres mientras que otros no lo hicieron y, de hecho, lucharon para aferrarse a la aparente versión de sus padres (en este particular momento biográfico) como cuidadores y habiendo hecho todo lo que han podido debido a sus propias vidas típicamente traumáticas. Esta configuración del colapso de las relaciones humanas a su vez fractura la psiquis de estas personas cuya dignidad e integridad física es violada, tanto en el sentido de la integridad del cuerpo y sus límites, y en el sentido de tener un lugar para habitar –un hogar–, para el cuerpo. La ruptura involucrada es tan desorganizadora, que no sólo los síntomas del TEPT se desarrollan como secuelas de tal patrón de condiciones, sino que también viene acoplada con características de psicosis.

En suma, los elementos comunes en la vida de estos adolescentes aparecieron de la siguiente manera: alternando modos de atención que pueden ser caracterizados como una especie de “ocultamiento” o retraimiento social, por un lado, y una furiosa y ansiosa insistencia al apego y la conexión, por el otro. Igualmente notables son los conflictos sobre el sentido de borramiento y falta de reconocimiento del yo y el otro que contribuyen de igual modo a una invisibilidad objetivizada. Lo más sorprendente para mí, sin embargo, en este estudio así como en otros (Jenkins, 1991, 1996b; Jenkins y Valiente, 1994; Jenkins y Hollifield, 2008), es el profundo vértigo corporal y psíquico que es comúnmente experimentado cuando los sentidos de la realidad de uno se quiebran (a menudo recurrentemente) por eventos traumáticos de agresiones, traiciones y conmociones penetrantes. En las consecuencias inmediatas y posteriormente como una especie distante de estribillo fantasmal aparece la sensación (y a menudo las palabras) expresada así: *“Yo simplemente no lo puedo creer... Yo simplemente no puedo... imaginar... Nunca pensé... esto no es real”*. La realidad es definida por una profunda sensación de irrealdad en el ámbito de lo que es (in)imaginable. La incredulidad, la irrealdad, la simultaneidad de la más absoluta duda y certidumbre en torno a lo que realmente ocurrió, o lo que posiblemente podría haber ocurrido, marca la sombra de los límites de lo que se siente y no se siente como realidad. El sentido fenomenológico de ser en el mundo,

que el profundo trauma físico y psíquico puede ejercer, puede ser sintetizado como una realidad vivida tan *insondable* como perdurable.

La variedad de angustia por la cual el diagnóstico de TEPT puede ser aplicado es inmensa (Jenkins, 1996a; Bracken, 2002; Breslau, 2004; Gross, 2004; Henry, 2006; Wilson, 2007; Kienzler, 2008; James, 2010). Queda la cuestión de si la categoría es, al mismo tiempo, demasiado amplia para tener valor terapéutico, y demasiado estrecha para fines descriptivos, y argumentos razonables pueden ser producidos en ambos lados de este dilema epistemológico. Teniendo en cuenta el rango de la genealogía institucional, la aplicación situacional y la circulación geográfica del término, Didier Fassin, Richard Rechtman y Rachel Gomme (2009) ofrecen un análisis histórico del trauma como un “imperio” discursivo instituido a través de afirmaciones no cuestionadas acerca de la legitimidad y el valor moral del TEPT, con particular atención en Francia. En otros lugares, una lógica de la atención que define el TEPT como merecedor de simpatía, tratamiento y compensación puede ser menos sencilla e incluso abiertamente cuestionada. Por ejemplo, la legitimidad del TEPT y el acceso a los servicios de salud para los hombres y especialmente para las mujeres ha sido muy discutida por el Departamento de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos, con la implicación de que los reclamantes están tratando de manipular el sistema de beneficios para su provecho (Young, 1997; Hoge, Auchterlonie y Milliken, 2006; Hamilton, Poza y Washington, 2011). Por otra parte, los adolescentes en particular no están tratando de “conseguir cosas” (es decir, servicios, estatutos, diagnósticos). El diagnóstico puede de hecho ser experimentado como una imposición, como fue el caso cuando Alisa dijo que los profesionales de la salud mental “me tiraron el TEPT”, implicando un cierto grado de arbitrariedad y agresión por parte de los profesionales de la salud mental. En tal caso, el TEPT no es una categoría clínica ni una categoría descriptiva, sino una prueba retórica en la arena performativa de la polémica y la estrategia antes que en la del diagnóstico y la terapia.

Estoy menos interesada en el estatus ontológico, histórico o político del TEPT y más en la vida de los adolescentes en lucha con la existencia cruda del trauma. Mi preferencia por el término “trauma” sobre el de “trastorno de estrés postraumático” está basada en consideraciones culturales y existenciales. Mientras que el paradigma antropológico del *embodiment* ha dejado clara la inseparabilidad del soma y la psiquis (Csordas, 1994), en este caso el tipo de trauma en cuestión es algo que impregna la mente y la psiquis en comparación, por ejemplo, con un trauma físico a la médula espinal. Se han producido serias lesiones, en cualquiera de los casos, sean intencionadas, incontroladas o accidentales. Y, sin embargo, en cualquier caso es un proyecto fallido concebir tanto uno como el otro “más” o “menos” del cuerpo

o la mente. Un ejemplo obvio, sin ninguna duda, tanto de traumas físicos y psicológicos, es el abuso sexual. Si bien mi posición metodológica es otorgar valor epistemológico del TEPT como un constructo para la organización y comparación de síntomas de trauma psíquico,²⁶ una elección terminológica persiste, en la medida en que referentes escuetos del TEPT y del trauma son frecuentemente utilizados como sinónimos. Aunque el análisis anterior se extrae de casos que cumplen los criterios de investigación para el diagnóstico de TEPT, mi preferencia por el término más amplio “trauma” se basa en dos factores que definen las formas distintivas de esta experiencia social y psicológica.

En primer lugar, está la estructura de la experiencia del trauma psíquico como circunscribiendo el propio *ser-en-el-mundo* de alguien. Uso esta frase fenomenológica porque enfoca nuestra atención en la inmediatez de la existencia cruda, en lugar de la objetivación de la experiencia, implícita en el lenguaje de los síntomas. En mi conceptualización, bajo permanentes e ineludibles condiciones del trauma psíquico, pueden ocurrir autoprocesos de protección habituales a través de la *absorción* o la *disociación*. La absorción se produce como preocupación y la disociación como desconexión y desprendimiento de sí mismo y de un mundo traumático. Sea a través de la absorción o la disociación (o de ambos), la incorporación del trauma en el interior de la estructura psíquica puede proporcionar sensación de consagración o alivio. En el caso de la guerra, Abram Kardiner (1941) concibió tales movimientos defensivos como incapacidad del individuo para adaptarse a las consecuencias del trauma. En otros trabajos señalé cómo esta doble posibilidad era evidente en la descripción de algunas refugiadas salvadoreñas de su experiencia como extrema y en otras como mundana. La precariedad es el denominador común para los civiles y para los combatientes por igual, incluso para el soldado más fuertemente blindado en escenarios contemporáneos de guerra (MacLeish, 2012). Sin embargo, aunque la adaptación después de la exposición a la guerra sea sumamente compleja, sabemos mucho menos sobre el proceso de defensa y adaptación de los niños que han sido expuestos repetidamente a acontecimientos traumáticos cotidianamente durante toda su vida, a menudo sin tener un sentido básico de seguridad para servir como punto de referencia existen-

26. Es un lugar común antropológico criticar los constructos diagnósticos como presumiblemente universales en la ausencia de investigación empírica. Concuerdo con la posición planteada por Byron Good (1994) que la investigación antropológica sobre la enfermedad mental es correcta en la utilización de las categorías diagnósticas psiquiátricas como punto de partida para análisis y comparaciones. Esa posición es un buen contrapunto al desprecio completo de los criterios del DSM como inútiles a priori para la descripción o la organización de tipos particulares de enfermedades.

cial. La observación crucial es que la absorción y la disociación –sea en forma de ira, como Luke, o haciéndose daño a sí misma, como Alisa; sea en la forma de interpretar la experiencia como extrema o mundana, como las inmigrantes de El Salvador, y en la medida en que están imbricadas en la insondabilidad que he señalado anteriormente– son parte de la trama del mundo de la vida, y no sólo un asunto de sintomatología. En el presente caso, la experiencia vivida por estos adolescentes puede ser caracterizada como “*esencialmente inestable*”.

En segundo lugar, está la cuestión de la validez cultural. La constelación de síntomas que componen la clasificación clínica de TEPT puede sin duda variar en relación con la cultura y el género. Por ejemplo, en mi trabajo con las mujeres salvadoreñas refugiadas, las participantes no encajan en los criterios del DSM-IV para el TEPT debido a que hubo una ausencia de entorpecimiento o de esfuerzos para evitar recordar los eventos traumáticos. La cualidad particular de su sufrimiento por las secuelas de la violencia política significa que el TEPT debe configurarse de forma diferente por contexto sociocultural, o que no se aplica completamente tal como se establece en el DSM (Lansen, 1992; Richman, 1993; Jenkins, 1996a, 1996b; Patel, 2000). Comparando la situación salvadoreña con la que acabamos de examinar en Nuevo México, independientemente de si la investigación podría documentar síntomas similares, cambios neurobiológicos o respuesta a medicamentos, las condiciones y los eventos del trauma son radicalmente diferentes en los dos escenarios. Para tener una visión más amplia, hay que decir que mientras que en la situación salvadoreña la violencia doméstica de los hombres contra las mujeres o los niños a menudo era aceptada o incluso positivamente sancionada, en Nuevo México fue negativamente sancionada como una acción a cuyos responsables no debería permitírseles quedar impunes, a pesar de que esta situación es estructuralmente endémica. De nuevo, la violencia pública existe en ambos lugares, pero mientras que en El Salvador la situación fue de violencia por la guerra civil y los escuadrones de la muerte, en Nuevo México fue la violencia de las pandillas en lugares como la “zona de guerra” en Albuquerque. Poner atención a este tipo de diferencias es esencial tanto para comprensión interpretativa como para una terapia eficaz.

No incluido en los criterios del DSM pero crucial para comprender, es el significado cultural de la lesión dentro o más allá de los límites de las decisiones humanas. Cuando las lesiones son perpetradas por la fuerza interpersonal de la violencia, es posible que exista una degradación psicológica y moral de las amarras de la confianza, la seguridad y la vigilancia. Cuando es cometida por personas íntimas de los hogares y barrios, la afrenta va al núcleo de las condiciones psicológicas para las relaciones sociales des-

trozadas por la traición. Sorprendentemente, la ruptura de la confianza a través de la traición es relatada por algunos supervivientes de la violencia (incluida la tortura) como “lo peor” de todo lo que ha ocurrido (Hollifield *et al.*, 2005, 2006).²⁷ La especificación social y psicológica de eventos estresantes es clave en el análisis del significado cultural del trauma psíquico.²⁸ Estas observaciones de la particularidad de respuesta a los eventos traumáticos, basadas en la rigurosa atención metodológica a la validez cultural, suministra soporte empírico para un modelo teórico de la cultura, la psiquis y el mundo social como inextricables.

Conclusión

En este artículo he hecho hincapié en la formación recíproca de 1) la experiencia subjetiva y las instituciones sociales, y 2) las condiciones y los eventos del trauma.

Teniendo en cuenta que, en la primera instancia, el contraste conceptual no es entre el individuo y lo institucional, interpretados en términos de distinción entre los niveles de análisis micro –y macro–, sino entre lo vivencial y lo institucional entendidos en términos de la relación entre estructura y subjetividad. Cuando son entendidas como niveles separados de análisis, tanto institución como experiencia parecen abstractas y sin sustancia, mientras que en la experiencia vivida ellas están entrelazadas de manera vital en la trama y el “ritmo de la vida” (Jenkins, 1997). Lo institucional abarca aspectos relativamente impersonales del gobierno estatal (incluidas escuelas y prisiones), el manejo de la industria de atención de la salud, el sistema de tratamiento (hospitalización y servicios ambulatorios) y el legado colonial que ha dado lugar a que una particular mezcla de grupos anglo, hispanos e indígenas convivan en un entorno de pobreza endémica. Lo vivencial se refiere al flujo relativamente inmediato de la vida, en el momento en que los jóvenes navegan por contingencias familiares (apoyo o destrucción), propias (llegando a tener una vida), de género (identidad y sexualidad), educación (rendimiento y aspiración) y procesos terapéuticos. Mi insistencia

27. Véase también el análisis de Judith Herman (1997) de las secuelas de trauma en el contexto doméstico y la violencia política.

28. Como una categoría de diagnóstico, es importante tener en mente que el trastorno de estrés postraumático tiene la distinción de ser el único trastorno mental mayor en el DSM-IV que requiere un “factor estresante” como precursor del desarrollo de los síntomas. El punto de partida del diagnóstico para identificar agentes o eventos específicos como criterios etiológicos y sintomáticamente es único en el DSM. En el TEPT, vemos claramente el agente etiológico externo (“factor estresante”), inmerso en la experiencia personal, manifiesto como psicopatología.

en que son niveles de análisis entrelazados en lugar de separables significa que nuestra interpretación debe incluir la experiencia de compromiso con las instituciones y las limitaciones institucionales de la experiencia; los encuentros con el sistema de tratamiento son vivenciados y el proceso terapéutico es institucionalmente modulado. Incluso el breve examen de SWYEPT, posible en este texto, sugiere que este tipo de comprensión tanto a nivel personal como colectivo es requerida para aprehender la profundidad y la durabilidad del problema, y nos impulsa hacia una antropología filosófica y una psicología histórica.

Este tipo de enfoque es necesario en particular porque el dolor de los cambios significativos en las políticas públicas de salud mental contribuye a la palpable inseguridad de los jóvenes pacientes y sus familias. En el curso de los cinco años del SWYEPT, un sistema tenso se volvió aun más tenso. Con Value Options en control de la prestación de servicios, vimos instalaciones residenciales y de tratamiento ambulatorio cerradas en todo el estado y la radical contracción de las unidades, servicios y personal clínico, incluyendo el mejor servicio público en el estado. Ante una disminución o falta de disponibilidad de los servicios de salud mental para esta población, la pérdida de vidas humanas puede describirse como la consecuencia de la “violencia estructural” perpetrada semianónimamente en poblaciones enteras o segmentos de la población (Farmer, 2004). Fassin (2004) ha descrito la identificación en Francia, desde mediados de la década de 1990, de un dominio del sufrimiento que existe entre lo social y lo individual, lo que constituye “un problema de salud mental, incluso si no es un problema de enfermedad” (29), y que tiene que ver con “*trastornos que no dependen estrictamente hablando de patologías*” (32). Quisiera postular que un dominio similar de sufrimiento sustenta los aspectos institucionales y experienciales de la situación de Nuevo México que he examinado. En un informe administrativo de 1995 que demostró ser un poderoso motor de la política en materia de salud mental en Francia, “el sufrimiento producido por la situación social aparece como el problema, y el habla, y por extensión la escucha, como la mejor solución adaptada” (Fassin, 2004: 29). El informe dio lugar al desarrollo de nuevas instituciones terapéuticas llamadas “lugares de escucha” que no pertenecen al dominio de la acción social ni de la psiquiatría tradicional. La cuestión sigue siendo si debemos crear nuevos dispositivos institucionales que puedan dirigirse al nivel de la existencia cruda y de la subjetividad, a menudo incipiente, expuestas en este tipo de análisis, o si los actuales dispositivos pueden ser mejorados en su sensibilidad a este nivel de la experiencia.

Con respecto a la segunda relación, no hay un patrón identificable de condiciones de abandono y negligencia que hacen posible los eventos de

trauma. En un proceso de reproducción donde pocos salieron indemnes, los patrones culturales de la indiferencia quedan al descubierto como la (i) lógica para la violación sistemática de la dignidad psíquica y de la integridad corporal de los niños. El peligro es doble para las niñas. Como una cuestión de opresión, no es de extrañar que la sistematicidad de estos dispositivos sea común entre las personas económica y socialmente marginadas. Dada la persistencia de estas condiciones, la violación traumática es a menudo rutinaria y repetitiva en la experiencia vivida por los jóvenes. Los recursos que puedan contrarrestar esos maltratos dentro de la asistencia de salud y los sectores educativos son a menudo insuficientes o inexistentes para la tarea de transformar las condiciones y eventos adversos. Esto puede dar como resultado no sólo el colapso del significado, sino lo que Clifford Geertz (1973) refiere explícitamente como caos, cuando afirmó que “perplejidad, sufrimiento, y un sentido de paradojas éticas insuperables son todas, en caso de que ellas sean lo suficientemente intensas o sostenidas lo suficiente, desafíos radicales a la propuesta de que la vida es comprensible y que podemos, a través de la reflexión, orientándonos eficazmente dentro de ella” (100). Para niños, niñas y adolescentes, el punto de ruptura traído por la “ininterpretabilidad” puede amenazar su propia existencia. En este sentido, es precisamente el análisis de la relación recíproca de las condiciones y los eventos del trauma lo que nos permite preguntar cómo están configurados tanto para cerrar los horizontes de posibilidades para los jóvenes, o para permitir que ellos, a la larga, puedan tener una vida en el sentido de una sensibilidad moral existencialmente fundamentada y “afirmadora de vida” como lo describió Nietzsche (1967).

Mientras que las descripciones etnopsicológicas, culturales y sociales de eventos y condiciones traumáticas son cruciales, son insuficientes si fallan en incorporar un entendimiento de la magnitud intergeneracional, colectiva, del trauma. Aquí no deseo entrar en debate acerca de la existencia de un trauma intergeneracional, entendido según el modelo de la herencia de caracteres adquiridos. La noción de una magnitud colectiva del trauma que tengo en mente tiene que ver con las condiciones persistentes de inestabilidad e inseguridad palpable propicias para eventos traumáticos recurrentes. Está arraigada en una evaluación de procesos psicosociales interrelacionados y condiciones de adversidad: 1) los efectos de la violencia estructural y la vulnerabilidad en la salud mental (Farmer, 2004; Quesada, Hart y Bourgois, 2011); 2) un *ethos* político que produce inseguridad y las condiciones de posibilidad para eventos perjudiciales recurrentes (Jenkins, 1991; Lovell, 2012); 3) la reproducción y la transmisión de la guerra y violencia política como abuso doméstico dentro de escenarios familiares (Martin-Baró, 1988, 1990), y 4) herencias o tradiciones intergeneracionales de pérdida y anhelo en un

contexto de dolor y desconexión (García, 2010). Estos procesos entretejidos distorsionan el campo experiencial de las familias y los individuos para formar redes psicosociales perdurables de sometimiento, contrarrestadas por una ferocidad inequívoca por la supervivencia, y un ser-en-el-mundo que es alternativamente agitado o enervado.

“Mi africana me salvó”: entidades negras en la umbanda de la Argentina blanca

Manuela Rodríguez

¿...de que me estás hablando? O sea, esas cosas dejalas para el dibujito, la realidad de la religión es otra cosa. Los pretos [negros] pobrecitos, por qué son todos dobladitos, ¿así? No todos fueron tan viejos como para estar tan doblados. Pero los metían en una casita así chiquitita, y estaban todo dobladito así, y adoptaron la postura del lugar donde dormían, vivían, estaban. Ellos trabajaban por un pedazo de pan. Por un cucharón de agua. ¿De qué religión me hablan los religiosos de hoy en día!?

Mãe de santo, Rosario, 2011

Para los fieles umbandistas, en la Argentina, los negros africanos esclavizados de la época colonial no son seres extraños, ajenos o desconocidos. Conocen su historia de esclavitud, la vinculan con la historia de su país y de su continente, pero fundamentalmente los vinculan con su presente histórico. Mantienen con sus espíritus relaciones profundas, duraderas, de empatía, afectividad y confianza. Los umbandistas hablan de los negros (los *pretos*, que es su traducción del portugués) como “negros viejos” y como “africanos” o “bahianos”. Reconocen su ascendencia extranjera, y también su descendencia en suelo americano. Y vinculan sus experiencias traumáticas con cierta sabiduría de la cual pueden ellos, hoy, beneficiarse. Pero sólo pueden vincularse con ellos, y recibir sus bendiciones, ofreciendo sus cuerpos, su materialidad, para que los negros africanos se encarnen, se presentifiquen, y en el aquí y el ahora transmitan todo su poder, un poder derivado principalmente de su experiencia histórica, como portadores de un registro que *significa* a partir del color de su piel. En esta relación, que incluye sujetos-cuerpos-espíritus-pasado-presente-color-geografía-historia, vuelco un interrogante sobre la forma en que opera la racialización en la Argentina: ¿qué implica para un argentino ser poseído por un negro de ascendencia africana?

SELVIA CITRIL
JOSÉ BIZERRA
DIGNA MENEFIL
coordinadora

CULTURAS
**CUERPOS Y CORPORALIDADES
EN LAS CULTURAS
DE LAS AMÉRICAS**

Citro, Silvia

Cuerpos y corporalidades en las culturas de las Américas / Silvia
Citro, José Bizerril y Yanina Mennelli (coords.). - 1a. ed. - Ciudad
Autónoma de Buenos Aires: Biblos, 2015.
317 pp.; 23 x 16 cm. (Culturalia)

ISBN 978-987-691-298-3

1. Antropología Cultural. I. Bizerril, José. II. Título
CDD 306

Diseño de tapa: *Luciano Tirabassi U.*
Foto de tapa: *Salvador Batalla*
Armado: *Hernán Díaz*

© Los autores, 2015

Red de Antropología de y desde los Cuerpos:
<http://red.antropologiadelcuerpo.com/>

© Editorial Biblos, 2015

Pasaje José M. Giuffra 318, C1064ADD Buenos Aires
info@editorialbiblos.com / www.editorialbiblos.com

Hecho el depósito que previene la Ley 11.723.

Impreso en la Argentina

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión
o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o
mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito
del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Esta primera edición se terminó de imprimir
en Imprenta Dorrego,
avenida Dorrego 1102, Buenos Aires,
República Argentina,
en septiembre de 2015.

Índice

Presentación	
<i>Silvia Citro, José Bizerril y Yanina Mennelli</i>	9

PRIMERA PARTE

Hacia un estado del arte sobre los cuerpos/corporalidades

<i>Embodiment: agencia, diferencia sexual y padecimiento</i>	
<i>Thomas Csordas</i>	17

Diálogos imaginados entre Thomas Csordas y Tim Ingold	
<i>Carlos Alberto Steil e Isabel Cristina de Moura Carvalho</i>	43

Los estudios del cuerpo en México	
<i>Elsa Muñiz</i>	59

Notas para una cartografía de los estudios sobre el cuerpo en Brasil	
<i>José Bizerril</i>	77

Una genealogía de y desde los cuerpos en la antropología sociocultural en la Argentina	
<i>Silvia Citro, Yanina Mennelli, Ana Sabrina Mora y Manuela Rodríguez</i>	89

El giro corporal en Colombia	
<i>Sonia Castillo Ballén y Línea de Investigación en Estudios Críticos de las Corporeidades, las Sensibilidades y las Performatividades</i>	119

Sobre la investigación del cuerpo en Perú	
<i>Liuba Kogan</i>	151

En busca de un corpus para los estudios del cuerpo en Chile	
<i>Alejandra Araya Espinoza</i>	171